

BACHELOROPPGÅVE

«Omsorg og omtanke kring eldre pasientar»

Korleis kan eg som sjukepleiar utøve palliativ omsorg til eldre pasientar på sjukeheim?

av

Siriane Vangen Breilid

Kandidatnummer: 62

«Care and concern about elderly patients»

Bachelor i sjukepleie

SK152

Mai 2016

Ord: 7000

Rettleiar: Hanne Marie Heggdal



Avtale om elektronisk publisering i Høgskulen i Sogn og Fjordane sitt institusjonelle arkiv (Brage)

Eg gir med dette Høgskulen i Sogn og Fjordane løyve til å publisere oppgåva «Omsorg og omtanke kring eldre pasientar» i Brage dersom karakteren A eller B er oppnådd.

Eg garanterer at eg har opphav til oppgåva, saman med eventuelle medforfattarar. Opphavsrettsleg beskytta materiale er nytta med skriftleg løyve.

Eg garanterer at oppgåva ikkje inneheld materiale som kan stride mot gjeldande norsk rett.

Ved gruppeinnlevering må alle i gruppa samtykke i avtalen.

Fyll inn kandidatnummer og namn og set kryss:

Kandidatnummer: 62 Siriane Vangen Breilid

JA NEI

«Av og til kurere,

ofte lindre,

alltid trøste»

Hippokrates

Samandrag

Tittel:

Omsorg og omtanke kring eldre pasientar

Bakgrunn for val av tema:

Då eg har jobba ei tid ved ein sjukeheim har eg ved fleire høve fått vore ein del av det å utøve palliativ omsorg kring eldre pasientar. Palliativ omsorg tykkjer eg er eit interessant felt innan sjukepleiaryrket og har vore noko eg har hatt lyst til å læra meir om. Det å jobbe med denne oppgåva har vore eit fint høve for meg til å kunne gå djupare inn i korleis me som sjukepleiarar kan verta betre på utøvinga av den palliativ omsorg kring eldre pasientar på sjukeheim.

Problemstilling:

Korleis kan eg som sjukepleiar utøve palliativ omsorg til eldre pasientar på sjukeheim?

Framgangsmåte:

Eg har nytta meg av pensumlitteratur og annan sjølvvalt litteratur som er relevant for temaet og problemstillinga mi. I tillegg har eg gjort eit systematisk søk i ulike databasar for å finne forskingsartiklar kring problemstillinga mi.

Oppsummering av funn og konklusjon:

Då det vert ei auke i talet eldre i åra som kjem, er det å kunna utøva palliativ omsorg til eldre pasientar noko som kjem til å krevja kunnskap og kompetanse blant sjukepleiarane. I funna mine frå forskingsartiklane, relevant litteratur og mi eiga erfaring kjem det fram nokre viktige faktorar innan den palliative omsorga. Dette er faktorar som god relasjon mellom pasient og sjukepleiar, tilpassing av informasjon kring sjukdom og behandling samt god symptomlindring.

Innhold

1.0 Innleiing	1
1.1 Problemstilling med avgrensing	2
1.2 Oppgåva sin struktur	2
2.0 Metode	2
2.1 Søkje- og utvalsprosessen	3
2.2 Kjeldekritikk og vurdering av metode	4
3.0 Teori.....	5
3.1 Palliativ omsorg/ pleie	5
3.1.1 Lindrande behandling.....	6
3.2 Relasjon mellom menneskje	6
3.3 Sjukepleiepedagogikk.....	7
3.4 Etikk	8
3.4.1 Yrkesetiske retningslinjer	8
3.5 Internasjonale/ nasjonale føringar.....	8
3.5.1 WHO	8
3.5.2 Kvalitetsforskrifta	9
3.5.3 Samhandlingsreforma- rett behandling- på rett sted- til rett tid.....	9
3.5.5 Nasjonale retningslinjer	9
3.6 Forsking	10
4.0 Drøfting	11
4.1 Relasjon mellom pasient og sjukepleiar.....	11
4.2 Tilpassing av informasjon omkring sjukdom og behandling	13
4.3 God symptomlindring.....	14
5.0 Konklusjon	16
Bibliografi	17

1.0 Innleiing

Tema for oppgåva mi er palliativ omsorg til eldre pasientar på sjukeheim. I fylje WHO treng ein å utvikle den palliative omsorga og gjere den betre tilpassa for å kunne møte dei ulike utfordringane som oppstår mot slutten av livet i den eldre befolkninga. Den eldre befolkninga er i fylje definisjonen til WHO personar over 65 år. No lever menneskja lenger og får gjerne meir samansette problem med fleire sjukdommar. WHO meiner at ein lyt gjere den palliativ pleia meir tilgjengeleg til fleire enn berre dei med kreftsjukdommar (Hall, Petkova, Tsouros, Costantini, & Higginson, 2011). Talet eldre i befolkninga aukar raskt i dei fleste land verda over. I Noreg vert det forventa ei særleg auke etter 2015, når dei store etterkrigskulla vert pensjonistar. Delen eldre i dag over 67 år er vel 14 prosent. Denne delen vert forventa å stige til 17 prosent i 2030 og 21 prosent i 2050 (Statistisk sentralbyrå, 2015). Statistikk frå 2012 over dødsstad for alle i Noreg syner at 45 prosent dør på sjukeheim (Statistisk sentralbyrå, 2012). Dette temaet er og noko som byrjar å verte meir aktuelt etter at Samhandlingsreforma - rett behandling - på rett sted - til rett tid tredde i kraft 1.jan.2012. Reforma legg vekt på at spesialisthelsetenesta og kommunehelsetenesta skal verta betre på å samarbeida og kommunisera seg imellom kring pasientane, slik at pasientane får eit betre pasientforløp kring behandlinga dei treng. Reforma legg og vekt på at meir av ansvaret for behandling og oppfølging av ulike pasientgrupper fell over på kommunehelsetenesta. Reforma har eit avsnitt om lindrande behandling innunder kommunekapitlet. Der det står at kommunane, med tanke på om kommunen har eit egna befolkningsgrunnlag, kan etablere palliativ eining som driv med meir avansert lindrande behandling og pleie. Storleiken og organiseringa av palliativ eining i kommunen lyt då tilpassast lokale behov og forhold (Sosial- og helsedepartementet, 2009).

Forskinga eg har med i oppgåva kring temaet palliativ omsorg til eldre pasientar syner at det som er viktig for pasientane, er om dei kan skape relasjonar (Sandsdalen, Hov, Høy, Rystedt, & Wilde-Larsson, 2015) mellom seg og sjukepleiarane (Percival & Johnson, 2013), at pasientane får god (Vedel, Ghadi, Lapointe, Routelous, Aegerter, & Guirimand, 2014) symptomlindring (Gjerberg & Bjørndal, 2007) samt at pasientane ynskjer at informasjonen dei får kring sjukdommen og den palliative omsorga gjerne kan tilpassast etter endringane undervegs i sjukdomsforløpet deira (Parker, Clayton, Hancock, Walder, Butow, Carrick, Currow, Ghersi, Glare, Hagerty & Tattersall, 2007).

Eg tykkjer palliativ omsorg er eit interessant og viktig tema innan sjukepleiaryrket. Eg har valt å skrive om dette temaet, då det er noko eg har byrja å få erfaring med gjennom jobben min ved ein sjukeheim. Der får eg aktivt ta del i å utøve palliativ omsorg og pleie til pasientar som går mot slutten av livet. Det å kunne utøve palliativ pleie og omsorg til eldre pasientar, er noko eg tykkjer er ein viktig

del av jobben vår som sjukepleiar, og i fylje statistikken kring dette tema er dette noko av det sjukepleiarar som jobbar i kommunane og ved ein sjukeheim kjem til å møte ofte i sin jobbkvardag.

1.1 Problemstilling med avgrensing

Korleis kan eg som sjukepleiar utøve palliativ omsorg til eldre pasientar på sjukeheim?

Problemstillinga mi er formulert slik at omfanget kan verta noko vidt, og innfallsvinklane kan verta mange. For å avgrense problemstillinga mi, har eg difor valt å fokusere på pasientar som er over 70 år og som bur ved sjukeheimen. Det meste av forskinga eg har med i oppgåva, har ikkje presentert i funna sine at pasientane som har delteke i studiane hadde ein konkret diagnose. Men nokre få av forskingsartiklane nemner at hovuddelen av pasientane som var med i studien hadde ein kreftdiagnose. På bakgrunn av dette, har eg difor valt å ikkje legge vekt på nokon konkret diagnose hjå pasientane i mi oppgåve.

1.2 Oppgåva sin struktur

Oppgåva er vidare bygd opp etter denne innleiinga med fire hovudkapittel som inneheld nokre underkapittel. Fyrst kjem det eit kapittel der det vert presentert kva metode som er vorte brukt for å svare på problemstillinga i denne oppgåva. Deretter kjem det eit teorikapittel, der det vert presentert teori og forskning kring temaet og problemstillinga. Så kjem det eit drøftingskapittel, der det vert drøfta teori, funn frå forskingsartiklane og eigne erfaringar opp mot kvarandre for å svare på problemstillinga. Til slutt kjem det eit konklusjonskapittel, der eg synleggjer kva eg har komme fram til etter å ha jobba med temaet og problemstillinga mi.

2.0 Metode

I dette kapittelet vil eg gjere greie for kva metode eg har nytta for å finne relevant kunnskap kring temaet palliativ omsorg til eldre på sjukeheim.

Når me stille oss spørsmål om korleis noko er i verkelegheita, er det eit empirisk spørsmål. Empiri betyr kunnskap som er bygd på erfaring. Innan forskning finst det ein del grunnleggande normer for korleis ein skal gå fram for å svare på empiriske spørsmål. Normene er å betrakta som ideal som dei fleste forskarar vil anstrenge seg for å følge uansett kva metode dei vel å bruka (Dalland, 2015).

I oppgåva mi nyttar eg litteraturstudie som metode. Litteraturstudie skal som alle andre oppgaver bestå av bakgrunn, formål, spørsmålsstillingar og innsamlingsmetode, osv. Litteraturen er informasjonskjelde, innsamlingsdata, på same måte som respondenten er informasjonskjelda ved intervju. Det betyr at litteraturen som er i litteraturbakgrunnen, ikkje kan vera den same som

innsamlingslitteraturen. Litteraturdata for resultatutgreiinga er enklast å henta frå eit antal vitskapsartiklar eller andre relevante vitskaplege rapportar. Litteraturstudiet mitt er ein kvalitativ metode som har ei hermeneutisk vinkling, då eg gjennom fortolking prøver å forstå menneskjelege erfaringar og menneskje sine situasjonar (Henny Olsson, 2013).

2.1 Søkje- og utvalsprosessen

Fyrst og fremst har eg gått gjennom pensumet for å finne litteratur med relevant kunnskap som kan kaste lys over temaet palliativ omsorg til eldre pasientar på sjukeheim. Dei bøkene som eg har valt å nytte, og som har relevant kunnskap kring temaet er bøkene *Grunnleggende sykepleie- bind 3*, Nina Jahren, Finn Nortvedt, Eli- Anne Skaug, 2014, *Bære eller briste- kommunikasjon og relasjon i arbeid med mennesker*, Odd Harald Røkenes, Per- Halvard Hanssen, 2015, *Pedagogikk i sykepleiepraksis*, Sidsel Tveiten, 2008 og *Omtanke- en innføring i sykepleiens etikk*, Per Nortvedt, 2012.

Eg fekk og tips frå ein arbeidskollega om bøkene *kommunikasjon i relasjoner- samhandling, konfliktløsning, etikk*, Eide& Eide, 2011 og *Sykepleieteorier- analyse og evaluering*, Marit Kirkevold, 1992.

Eg sat på skulen for å søkje via høgskulen sitt internett, dette for å få betre tilgong til meir relevant forskning knytt til temaet mitt i databasane. Fyrst brukte eg databasen Svemed+, der eg skreiv inn dei norske orda: palliativ behandling, sykehjem og sykepleie intervensjon for å finne dei engelske synonymorda som eg kunne bruke i eit systematisk søk i andre databasar. Dei engelske synonymorda eg fann var: palliative care, terminal care, end of life care, nursing home og nursing intervention.

Etter å ha funne dei engelske synonymorda brukte eg databasen Academic Search Elite der eg haka av databasane Chinal med full tekst og Medline. Der søkte eg med dei engelske orda kvar for seg og i kombinasjon med «or» og «and». Dette for at eg skulle kunne finne fleire relevante artiklar kring temaet eg skriv om. Etter å ha lese gjennom abstracta til fleire artiklar, fann eg eigentleg ikkje nokre artiklar som eg følte eg kunne bruka i oppgåva.

Eg brukte og databasane, Oria og Helsebiblioteket for å søkje etter forskning. Der brukte eg søkjeorda palliativ behandling og terminal care. I Oria kom det då mange treff, blant anna på boka *Palliasjon- nordisk lærebok* av Stein Kaasa som eg har valt å bruke i oppgåva. Eg fann og ein forskingsartikkel, *End of life care in nursing and care homes*, som eg har valt å ta med i oppgåva etter å ha lese på abstracte til artikkelen. Eg fann også to fagartiklar, *Gi eldre en verdig død* og *Kvalitetsikrer omsorg til døende*, som var utgjevne i tidsskriftet *Sykepleien*, og som eg følte hadde relevans kring temaet mitt. Eg gjekk då inn på sykepleien.no og søkte litt i forskinga der. Der fann eg ein forskingsartikkel, *Hva er en god død i sykehjem*, som var relevant for temaet, og som eg valde å ta med. Eg kom også over ein

informasjonsartikkel, Pasienters preferanser i palliativ behandling, skrevet av Marit Leegard som synte til ein forskingsartikkel, *Patients' preferences in palliative care: A systematic mixed studies review*, som kunne vera aktuell for temaet, og etter å ha lese abstractet til artikkelen valde eg å ta den med. I Helsebiblioteket fann eg to relevante fagrapportar: ein frå Helsedirektoratet 2015, Rapport om tilbudet til personer med behov for lindrende behandling og omsorg mot livets slutt- å skape liv til dagene, og ein frå Kunnskapssenteret 2014, Livets slutfase- om å finne passende behandlingsnivå og behandlingsintensitet for alvorlig syke og døende. Eg såg gjennom referanselista til begge rapportane, og fann nokre forskingsartiklar som var interessante og som kunne vera aktuelle. Eg valde å ta med to av forskingsartiklane, *A Systematic Review of Prognostic/End- of-Life Communication with Adults in the Advanced Stages of a Life-Limiting Illness: Patient/Caregiver Preferences for the Content, Style, and Timing of Information* og *Patients', family caregivers', and professionals' perspectives on quality of palliative care: A qualitative study*, frå referanselistene etter å ha lese abstract på fleire av referanseartiklane.

For å kunne vurdere om artikkelen ein har funne er vitenskapelig og av god kvalitet. Ser ein om artikkelen er bygd opp etter IMRAD- modellen med overskrifter som: tittel, samandrag/abstract, innleiing/introduksjon/bakgrunn, metode, resultat, drøfting og referansar (Henny Olsson, 2013).

Artiklane eg har valt å bruke i oppgåva mi vil eg presentere i teorikapitlet.

2.2 Kjeldekritikk og vurdering av metode

Forskinga og faglitteraturen eg har funne og valt å bruke for å kaste lys over temaet mitt, har eg hatt som mål skal vera av nyare dato. Artiklane eg har brukt er difor ikkje eldre enn 10 år, og når ein brukar pensumlitteraturen, kan ein vera trygg på at bøkene skulen brukar inneheld den nyaste kunnskapen, då pensumet stadig vert oppdatert. Det at faglitteraturen og forskingsartiklane eg har nytta meg av er av nyare dato kan vera ein styrke. Den eine boka, ikkje ein del av pensum, er eldre enn 10år, men teoriane som den boka belyser er endå like aktuelle. Eg har teke med tre enkelt studiar og to oversiktsstudiar i min litteraturstudie innan temaet palliativ omsorg til eldre pasientar på sjukeheim. Noko som også gjerne kan vera ei feilkjelde eller svakheit, er at eg har med artiklar på engelsk som eg lyt tolka, og då kan noko av innhaldet i artiklane forsvinne i prosessen. I tillegg er noko av forkinga eg har nytta gjort i andre land enn Noreg. Men resultatet som kjem fram i dei utanlandske, samsvarar med resultatet i dei norske, då landa forkinga var utført i har liknande kultur som Noreg. Eg har prøvd å halde meg til primærkjelder, men noko er og sekundærkjelde. Det kan vera ein svakheit å ha med sekundærkjelde, synsvinkelen og noko av tolkinga frå primærkjelda kan forsvinne, med tanke på at forskaren kanskje ikkje går like grundig inn i analysa av kjelda (Henny Olsson, 2013).

Litteraturstudie som metode er å gjengi og tolka tekstar som allereie er skrivne av andre. Då er det viktig at ein presenterer kunnskapen og funna sine frå datasamlinga i det perspektivet som kjem fram i den skrivne teksten, samt at det vert referert til rett forfattar (Dalland, 2015).

3.0 Teori

3.1 Palliativ omsorg/ pleie

I fylje European Association for Palliative Care (EAPC) og Verdens helseorganisasjon (WHO) vert palliasjon definert slik:

«Palliasjon: aktiv behandling, pleie og omsorg for pasienter med inkurabel sykdom og kort forventet levetid. Lindring av pasientens fysiske smerter og andre plagsomme symptomter står sentralt, sammen med tiltak rettet mot psykiske, sosiale og åndelige/eksistensielle problemer. Målet med all behandling, pleie og omsorg er best mulig livskvalitet for pasienten og de pårørende. Palliativ behandling og omsorg verken fremskynder døden eller forlenger selve dødsprosessen, men ser på døden som en del av livet» (Norsk forening for palliativ medisin, 2004, s. 8).

Pasientar som møter ein livstrugande sjukdom, eller som er i livet sin siste fase, kan ha utfordringar både av fysisk, psykisk, sosial eller andeleg/ eksistensiell art. Ein slik situasjon vil ikkje berre påverka den som er sjuk, men og familie, vener og kollegaer. Ofte ynskjer den som er sjuk å leva eit så normalt liv som mogleg og med best mogleg livskvalitet. Sveikka helse og endra livssituasjon gjev behov for omsorg, støtte og behandling. Helsetenesta har ansvar for å gi god behandling av sjukdommen og omsorg i eit heilheitleg perspektiv i frå diagnosen vert stilt, gjennom sjukdomsperioden og heilt fram til livet sin avslutning. Sjølv om tilbodet vert tilpassa lokale forhold, skal ikkje alder, diagnosegruppa eller kor i landet ein bur, vera utslagsgivande for kvaliteten på tenesta. Primært har tilbodet om lindrande behandling vore retta mot pasientar med kreft. Ulike pasientgruppe sine behov og ulike geografiske forhold fører til eit behov for utvikling av eit meir differensiert tilbod (Helsedirektoratet, 2015).

Det å behandla pasientar i livets slutfase er ein eigen spesialitet innan medisin og sjukepleie. Palliativ medisin er ein spesialitet innan det medisinske fagområdet, men omfattar i stor grad samarbeid mellom fleire yrkesgrupper i helsevesenet. Innan sjukepleietenesta brukar ein begrepa palliativ omsorg eller palliativ pleie. Palliativ behandling og pleie kan føregå i heimen, på sjukeheim eller i spesialinstitusjonar (Mathisen, 2014).

Stein Kaasa som er den fyrste professoren i palliativ medisin i Noreg, er oppteken av at pasientar med langtkomen, uhelbredeleg sjukdom treng enkel tilgang til kompetent behandling og pleie.

Grunnleggande palliasjon skal vera ein integrert del av alle deler i helsetenesta. I tillegg skal alle nivå ha eit tenestetilbod med spesielt ansvar for og spesiell kompetanse i palliasjon (Kaasa, 2007).

3.1.1 Lindrande behandling

Palliasjon, eller lindrande behandling og omsorg, har ikkje eit kurativt mål, men jobbar mot symptomlindring og forbetring av livskvalitet, eventuelt ein fredfull død. Me snakkar om god sjukepleie til alvorleg sjuke og døyyande pasientar. Dette inkludera smertelindring, lindring av kvalme, ubehag, angst og uro. Sjukepleiaren skal bidra til trøyst og syne omtanke i handlingar og ved sitt vesen (Nortvedt, 2012).

Tradisjonelt har ein byrja med lindrande behandling etter at den kurative og livsforlengande behandlinga er vorte avslutta. Lindrande behandling har fyrst og fremst vore eit tilbod i dei siste månader av livet. Men forskning har synt at tidleg integrering av lindrande behandling i sjukdomsforløpet gir fordelar både for symptomlindring, tilfredsheit og livskvalitet for pasientar, og for tilfredsheit og livskvalitet for pårørande. Lindrande behandling må baserast på behov, uavhengig av diagnose, og byrja så fort behovet er til stades hjå pasienten (Helsedirektoratet, 2015).

I Standar for palliasjon står det at alle avdelingar som tilbyr lindrande behandling skal ha utarbeida og ha tilgjengelege retningslinjer og prosedyrar for symptomlindring som beskriv minimum generelle behandlingsprinsipp, behandling av augeblikkeleg hjelp situasjonar som akutte sterke symptom som smerte, kvalme og liknande, tverrsnittlesjonar og vena cava superior-syndrom, andre vanlege symptom og tilstandar som gastrointestinale problem, dyspné, angst og depresjon og symptomgivande intrakranielle metastasar (Norsk forening for palliativ medisin, 2004).

3.2 Relasjon mellom menneskje

Begrepet «relasjon» kjem av det latinske «relatio», som eigentleg betyr at ein gjenstand står i forbindelse med ein annan. I daglegtale vert gjerne begrepet relasjon brukt om forhold, kontakt eller forbindelse mellom menneskje. Her vert begrepet brukt om den enkelte hjelper sitt forhold til pasient, pårørande, kollega og samfunn (Eide& Eide, 2011).

Eide& Eide syner i boka *kommunikasjon i relasjonar* (2011) til Travelbee sitt perspektiv på at kommunikasjon fyrst og fremst er eit middel til å oppretta menneskje-til-menneskje-forholdet, som igjen er eit middel til å realisera sjukepleia sitt formål. Formålet vert formulert slik: «å hjelpe et individ, en familie eller et samfunn til å unngå eller mestre opplevelsen av sykdom og lidelse og, eventuelt, å finne mening i denne opplevelsen» (Travelbee, referert i Eide& Eide, 2011, s. 136). I fylje Eide& Eide ser Travelbee på kommunikasjonen mellom sjukepleiar og pasienten som sentral i sjukepleieprosessen. Kommunikasjon er ein komplisert og tosidig prosess, kor det er sær viktig at

sjukepleiaren forstår det pasienten formidlar både verbalt og nonverbalt, og brukar denne informasjonen til å planleggje og setje i gong sjukepleietiltak (Eide& Eide, 2011).

Kirkevold har i boka *Sykepleieteorier* (1992) analysert Kari Martinsen sin omsorgsteori. Kirkevold har teke utgangspunkt i artikkelsamlinga *Omsorg, sykepleie, medisin* frå 1989. I fylje Kirkevold er teorien sin hovudtese at sjukepleiaren sitt fundamentale vesen lyt vera omsorg forstått både som ein grunnhaldning og som konkrete handlingar basert på fagleg og moralsk skjønn. Begrepet omsorg vert framheva av Martinsen ved tre aspekt og desse er at: omsorg er eit relasjonelt begrep som omfattar eit nært, ope forhold mellom to menneskje, omsorg omfattar utføringa av konkrete, situasjonsbetinga handlingar basert på ei forforståing av kva som er til den andre sitt beste og omsorg er eit moralsk begrep knytt til prinsippet om ansvaret for svake (Martinsen, referert i Kirkevold, 1992, s.136).

Utviklinga av være-i-kompetanse handlar i stor grad om å læra av dei erfaringane me gjer. Me lyt vera villige til å gå inn i situasjonar som inneber utfordringar, til å prøva ut korleis me kan forholde oss til situasjonane, andre menneskje og oss sjølv, og til å reflektera over erfaringane me gjer oss. Være-i-kompetanse handlar ofte om å kunna forholde seg samstundes og på ein fruktbar måte både til dei personane/ situasjonane me møter og til oss sjølv, våre eigne reaksjonar og opplevingar. Ein sjukepleiar lyt forholde seg både til pasienten sin smerte og til sin eigen smerte ved å sjå at pasienten lid. Dette inneber ein dobbel utfordring. Kompetansen som trengs for å kunna handtera ein situasjon, kan me oppnå ved å tileigna oss fagkunnskap, ferdigheit og informasjon (Røkenes& Hanssen, 2015).

3.3 Sjukepleiepedagogikk

Sjukepleiaren sin pedagogiske funksjon inneber alle vurderingar, konkrete gjeremål og handlingar som sjukepleiaren har ansvar for og som har til hensikt å leggja til rette for oppdaging, læring, vekst, utvikling og meistring hjå pasientar, klientar, pårørande, studentar og kollegar (Tveiten, 2008). Rettleiing og undervisning har til hensikt å leggja til rette for å styrka meistringskompetansen, fremma helse, førebyggja sjukdom, meistra konsekvensar av sjukdom og behandling og for medverknad. Undervisning og rettleiing vert i sjukepleiepraksis retta mot alle grupper, friske menneskjer, menneskjer utsett for helsesvikt og sjuke og rehabiliteringstrengande menneskjer. Dei fleste menneskjer med sjukdom og liding hjå seg sjølv eller nærstående vil i den samanheng ha behov for å vita, forstå og meistra symptom, behandling og konsekvensar av symptom og behandling (Tveiten, 2008). Hensikta med å undervise og rettleia pasientar kan vera å leggja til rette for at meistringskompetansen når det gjeld eigen sjukdom og symptom vert styrka, det kan vera å leggja til

rette for forståing for sjukdommen, for danning av haldningar, eller det kan vera meistring av ferdigheitar eller prosedyrar knytt til sjukdommen (Tveiten, 2008).

3.4 Etikk

Det som er eit av dei viktigaste etiske hensyn innan palliasjon og lindrande omsorg er å lytte til pasienten sine opplevingar og kva han eller ho ynskjer. Det er «dei små ting» og den daglege omtanken som er viktig. Omsorg og omtanke vert uttrykt i blick og handelag, og ved at sjukepleiaren formidlar ei forståing for korleis det dagleg er å leve med smerte og ubehag (Nortvedt, 2012). Det er fire etiske prinsipp som vert sett på som dei viktigaste innan sjukepleie. Desse prinsippa er velgjering, ikkje skade, autonomi og rettferd. Velgjeringsprinsippet er tanken om å gjera det besta ein kan for pasienten. Ikkje skade- prinsippet er eit prinsipp for skånsemd og omtanke i pleiebehandlinga saman med godt handlag og sinnelag. Prinsippet seier og at ein skal minimalisera pasienten sin smerte og ubehag i den lindrande og ivaretakande omsorga. Autonomiprinsippet går ut på at pasienten, om han eller ho er kompetent til å ta eigne val, sjølv skal bestemma over behandlinga og pleia si, inkludert retten til å nekta slik hjelp. Rettferdsprinsippet seier noko om at pasientar skal ha lik rett til omsorg avhengig av deira pleie- og medisinske behov, men uavhengig av deira sosiale status, kjønn, rase og påtrykk frå familie og sosialt nettverk (Nortvedt, 2012).

3.4.1 Yrkesetiske retningslinjer

Dei yrkesetiske retningslinjene seier at grunnlaget for all sjukepleie skal vera respekten for det enkelte menneskje sitt liv og ibuande verdighet. Sjukepleie skal bygge på barmhjertigheit, omsorg og respekt for menneskjerett, og vera kunnskapsbasert. Retningslinjene seier at sjukepleiaren har eit fagleg, etisk og personleg ansvar for eigne handlingar og vurderingar i utøvinga av sjukepleie, og set seg inn i det lovverket som regulerer tenesta. Retningslinjene tek føre seg korleis sjukepleiaren kan ta i vare den enkelte pasient sin verdigheit og integritet, samt retten til heilskapleg sjukepleie, retten til å vera medbestemmande og retten til ikkje å verta krenka. Sjukepleiaren har ansvar for å lindre lidning, og bidra til ein naturleg og verdig død (Norsk sykepleierforbund, 2011).

3.5 Internasjonale/ nasjonale føringar

3.5.1 WHO

I fylje WHO er palliativ pleie for eldre eit viktig helseproblem som lyt prioriterast, då den eldre befolkninga i dei fleste samfunn veks kraftig. WHO meiner at den palliative pleia lyt no verta tilbydd ved fleire tilfelle innan alle helsetenestane. Dei eldre lever lenger og får gjerne fleire sjukdommar med mange symptom som treng å lindrast. WHO seier at den palliative pleia difor lyt verte

tilgjengelege for alle, og verta tilbydd basert på bakgrunn av kva pasienten treng i staden for på bakgrunn av diagnose og prognose (Hall, m.fl., 2011).

3.5.2 Kvalitetsforskrifta

Formålet med denne forskrifta er at ho skal bidra til å sikra at personar som motteke pleie- og omsorgstenester etter kommunehelsetenestelova og sosialtenestelova får ivareteke sine grunnleggande behov med respekt for det enkelte menneskje sin sjølvbestemingsrett, eigenverd og livsføring. Verkeområdet til forskrifta kjem i bruk ved kommunen si gjennomføring av pleie- og omsorgstenester, uavhengig av kor tenesta vert utført (Kvalitetsforskrift for pleie- og omsorgstjenestene, 2003).

3.5.3 Samhandlingsreforma- rett behandling- på rett sted- til rett tid

Viktigheita med at alle pasientar skal få god symptomlindring når dei treng det, og særleg når pasientane går mot slutten av livet, står det noko om i samhandlingsreforma. I reforma står det: «Med palliative enheter menes enheter som er organisatorisk tilrettelagt og har faglig kompetent personell for å drive mer avansert lindrende behandling og pleie enn det som kan tilbys i en vanlig sykehjemsavdeling. Størrelse og organisering av palliative enheter i kommunene må imidlertid tilpasses lokale behov og forhold. Uavhengig av modell forutsettes det et tett samarbeid med palliative enheter på sykehusene og det regionale kompetansesenteret for lindrende behandling. Kommunale palliative enheter kan bidra til å sikre et mer kompetent fagmiljø i de helhetlige kommunale helse- og omsorgstjenestene, noe som også vil komme de hjemmeboende pasientene til gode» (Sosial- og helsedepartementet, 2009, s. 61).

3.5.5 Nasjonale retningslinjer

I retningslinja *Standar for palliasjon* utarbeida av (Norsk forening for palliativ medisin, 2004) og i retningslinja *Nasjonalt handlingsprogram for kreftomsorga* utarbeida av (Helsedirektoratet, 2015) vert det vektleggde 7 prinsipp for grunnleggande palliasjon. Desse prinsippa gjeld alt helsepersonell som utfører palliasjon, uansett fagområde, behandlings- og omsorgsnivå. Grunnleggande palliasjon tek i vare: kartlegging av symptom og plagar, symptomlindring, informasjon, pårørande, terminal pleie, sorgarbeid og oppfylging av etterletne, dokumentasjon og kommunikasjon mellom aktørane.

I den nasjonale retningslinja *Beslutningsprosesser ved begrensning av livsforlengende behandling* står det «Pasientens selvbestemmelse og medbestemmelse forutsetter god kommunikasjon. God informasjon og kommunikasjon med pasient/pårørande er viktig for å forebygge usikkerhet og uenighet» (Helsedirektoratet, 2013, s. 17).

3.6 Forsking

«End- of- life care in nursing and care homes»

(Percival& Johnson, 2013)

Artikkelen er ein kvalitativ studie utført i England og Wales. Det vart gjort intervju, fokusgruppintervju og telefonintervju av pasientar, pårørande til pasientar og personalet ved 12 sjukeheimar. Artikkelen legg fram kva faktorar som påverkar kvaliteten på god palliativ omsorg sett frå pasientar, pårørande og tilsette si side. Studien dreg fram fleire viktige faktorar, blant anna kor viktig det er å skape relasjon mellom pasient og sjukepleiar, gi individuell pleie til pasienten samt syne verdigheit og respekt kring pasienten.

«Patients` preferences in palliative care: A systematic mixed studies review»

(Sandsdalen, m.fl., 2015)

Artikkelen er ein systematisk studiegjennomgang av forskingsartiklar som hadde både kvalitative tilnærming og kvantitative tilnærming. Det var totalt 23 artiklar med i studien, dei fleste artiklane var frå europeiske land, medan dei resterande var frå Nord Amerika, Australia, Asia og Midtausten. Artikkelen dreg fram fleire faktorar som er viktige for pasientane sjølve, når det gjeld den palliative behandlinga. Blant anna kor viktig det er å skape relasjon mellom pasient og helsepersonell og det å få god informasjon kring sjukdom og behandling.

«A Systematic Review of Prognostic/End- of-Life Communication with Adults in the Advanced Stages of a Life-Limiting Illness: Patient/Caregiver Preferences for the Content, Style, and Timing of Information»

(Parker, m.fl., 2007)

Artikkelen er ein kvalitativ studie som har gjort eit litteraturstudie på fleire forskingsartiklar som hadde både kvantitativ tilnærming, kvalitativ tilnærming og ein blanding av begge tilnærmingane. Det var i alt 123 artiklar med i denne studien og dei var frå fleire land, blant anna USA, Storbritannia, Australia, Canada, Sverige, Nedreland og Tyskland. Studiane som denne artikkelen belyser, omhandlar kva og kor mykje informasjon pasienten og pårørande ynskjer å få kring sjukdommen sin diagnose, forventade symptom og den palliative behandlinga som vert gjeven. Samt at informasjonen som vert gjeven gjerne kan tilpassast etter endringane undervegs i sjukdomsforløpet til pasienten.

«Patients', family caregivers', and professionals' perspectives on quality of palliative care: A qualitative study»

(Vedel, m.fl., 2014)

Artikkelen er ein kvalitativ studie der i alt 61 personar vart intervjuar kring deira synspunkt på kvaliteten av den palliative behandlinga som vart gjeven til pasientane og dei pårørande i Paris. Intervjuobjekta var pasientane sjølve, familiemedlemmane til pasientane og helsepersonell innanfor ulike fagfelt som jobba innan palliative team både på hospice, på sjukehus og mobile team. I artikkelen kjem det fram fleire viktige faktorar omkring behandlinga, blant anna kor viktig det er å skape relasjon mellom pasienten, pårørande og helsepersonell, samt god symptomlindring.

«Hva er en god død i sykehjem?»

(Gjerberg& Bjørndal, 2007)

Artikkelen ser nærare på kva helsepersonell med ulik fagbakgrunn ved sjukeheimar i 4 helseregionar legg i begrepet «god død» og kva faktorar som ligg til grunn. 14 informantar er vorte intervjuar om sine erfaringar kring livsavslutninga til sjukeheimspasientar. Det kjem fram i artikkelen nokre viktige faktorar som god symptomlindring, gi tryggleik og ikkje byrja med unødig livsforlengande behandling.

Forskinga eg har med i oppgåva kring temaet palliativ omsorg til eldre pasientar, dreg kvar for seg fram fleire viktige faktorar sett frå pasienten si sida. Men om ein ser nærare på artiklane, ser ein at det er tre faktorar som går att i artiklane. Desse faktorane er relasjon mellom pasient og sjukepleiar, tilpassing av informasjon kring sjukdom og behandling samt god symptomlindring.

4.0 Drøfting

I dette kapittelet vil eg drøfte relasjon mellom pasient og sjukepleiar, tilpassing av informasjon samt god symptomlindring kring sjukdom og behandling. Desse punkta vil eg drøfte i lys av relevant teori, forkinga eg har med og egne erfaringar.

4.1 Relasjon mellom pasient og sjukepleiar

For å kunne utøve god sjukepleie og omsorg til pasienten er det i fylje Eide& Eide (2011) si tolking av Travelbee viktig å kunne skape eit menneskje-til-menneskje-forhold. Det middelet som ein brukar for å kunne oppnå dette forholdet er kommunikasjon. Kommunikasjon er ein komplisert og tosidig prosess, der det er særskilt viktig at sjukepleiaren forstår det pasienten formidlar både verbalt og nonverbalt, og brukar denne informasjonen til å planleggje og setje i gong sjukepleietiltak (Eide& Eide, 2011, s. 136). Eg har sjølv erfart at kommunikasjon og det at ein tek seg litt ekstra tid inne hjå

ein pasient under til dømes ein pleiesituasjon og ikkje hastar vidare, er med på å skapa ein god relasjon mellom meg som sjukepleiar og pasienten. Denne relasjonen gjer til at pasienten får ei form for ro over seg og gir uttrykk for at han føler seg trygg i situasjonen. Det å kunne skape ein relasjon mellom pasienten og sjukepleiaren ved å kommunisere og bruke litt ekstra tid på å lytte til pasienten si bekymring kring sjukdom og behandling eller eventuelle behov pasienten måtte ha, kjem i artikkelen til Sandsdalen m.fl. (2015) fram som ein viktig del av det å gi god palliativ omsorg (Sandsdalen m.fl., 2015, s.413). Den nasjonale retningslinja *Beslutningsprosesser ved begrensning av livsforlengende behandling* er ein rettleiar som skal vera til hjelp for alt helsepersonell når det gjeld tema kring palliativ omsorg. I den står det «Pasientens selvbestemmelse og medbestemmelse forutsetter god kommunikasjon. God informasjon og kommunikasjon med pasient/pårørende er viktig for å forebygge usikkerhet og uenighet» (Helsedirektoratet, 2013, s. 17). Dette er og noko som kjem fram som viktig i forkinga til Percival m.fl. (2013). Dei skriv i artikkelen at noko som vart nemnt av fleire av informantane fleire gonger i intervjua, var at det vart sett på som ein viktig del av utøvinga av palliativ omsorg om sjukepleiaren tok seg tid til å kommunisera med pasienten (Percival& Johnson, 2013, s.21).

Noko som og er viktig for å skape ein relasjon mellom pasient og sjukepleiar er kor tilgjengeleg sjukepleiaren er for pasienten. Er sjukepleiaren alltid tilgjengeleg for pasienten døgnet rundt og har sjukepleiaren tid til å stoppe opp hjå pasienten, eller har sjukepleiaren ei arbeidsmengd som er for stor til å tillate det? Dette er noko Vedel m.fl. (2014) skriv om i artikkelen sin. Dei skriv at pasienten verdset tilgjengelege sjukepleiarar høgt, og syner stor takksemnd når sjukepleiaren er tilgjengeleg for pasienten kor tid som helst i døgeret. Vidare skriv dei at tilgjengelegheita gjer til at pasienten då føler at han får merksemnd, vert sett og verkeleg får den hjelpa han har bruk for når han treng det (Vedel, m. fl., 2014, s. 1131). Min eigen erfaring når det gjeld kor tilgjengelege me sjukepleiarar er for pasienten, er noko som ofte vert bestemt av arbeidsmengda vår. Arbeidsmengda vår er noko som alltid endrar seg og som til tider kan vera noko stor. Men når arbeidsmengda gjev oss moglegheit til å ta oss litt ekstra tid hjå pasientane, ser eg at det er noko som pasientane set stor pris på. Desse anledningane til å kunna ta seg litt lengre tid med pasientane føler eg har gjort til at eg kan skape ein relasjon mellom meg og pasientane. Her kjem og Røkenes & Hanssen (2015) sin være-i-kompetanse inn som viktig. Dei skriv at være-i-kompetanse handlar ofte om å kunna forholde seg samstundes og på ein fruktbar måte både til dei personane/ situasjonane me møter og til oss sjølv, våre eigne reaksjonar og opplevingar (Røkenes& Hanssen, 2015, s. 94).

Ein annan ting som og er viktig for å kunne skape relasjon mellom pasient og sjukepleiar, er at sjukepleiaren syner verdigheit og respekt for pasienten og situasjonen til pasienten. Samt det at sjukepleiaren syner omtanke ved sine handlingar og ved sitt vesen for pasienten (Nortvedt, 2012, s.

196). Dette er og noko som dei yrkesetiske retningslinjene til Norsk sjukepleiarforbund (2011) tek opp som ein del av det å utøva god sjukepleie for pasienten. Retningslinjene seier at sjukepleiaren skal ivareta den enkelte pasient sin verdigheit og integritet, retten til heilskapleg sjukepleie, retten til å vera medbestemmande og retten til ikkje å verta krenka (Norsk sykepleierforbund, 2011, s. 8). Percival& Johnson (2013) syner i artikkelen sin til eit døme om ein sjukepleiar som utøvde ei form for ritual eller skikk som ho visste var viktig for pasienten, sjølv om sjukepleiaren gjerne ikkje var religiøs sjølv. Vidare skriv dei at den handlinga kunne vera med på å oppretthalda verdigheita og respekten for pasienten (Percival & Johnson, 2013, s.21). Slike og liknande handlingar vil gjerne vera noko som vil føra med seg at det vert skapt ein relasjon mellom sjukepleiar og pasient. Ein erfaring eg har hatt når det gjaldt å få skapa ein relasjon som gjorde til at me fekk lov til å hjelpa ein pasient, var at me song til pasienten når me var i pleiesituasjonen. Dette gjorde me då me visste at pasienten alltid hadde vore glad i song og musikk. Det å kunna utøve sjukepleie som ivaretek pasienten sine grunnleggande behov, kjem fram i kvalitetsforskrifta (2003) som viktig. Kvalitetsforskrifta for pleie- og omsorgstenestane (2003, §1) seier at formålet til forskrifta er at den skal bidra med å sikre at personar som mottok pleie- og omsorgstenester etter kommunehelsetenestelova og sosialtenestelova får ivareteke sine grunnleggande behov med respekt for det enkelte menneskje sin sjølvbestemningsrett, eigenverd og livsføring (Kvalitetsforskrift for pleie- og omsorgstjenestene, 2003).

4.2 Tilpassing av informasjon omkring sjukdom og behandling

I artikkelen til Sandsdalen m.fl. (2015) kjem det fram at noko pasientane hadde understreka i dei fleste forskingsartiklane dei hadde med i studien sin, var at dei ynskte å få informasjon som var ærleg og enkel å forstå uttrykt på ein sensitiv måte som bevara håpet. Spesielt ynskte pasientane ærleg informasjon kring sjukdommen, behandlinga og prognosen (Sandsdalen m.fl., 2015, s.414). Sjukepleiaren sin pedagogiske funksjon er viktig for at pasientane på best mogleg måte skal kunne ta imot og forstå informasjonen som vert gitt. For sjukepleiaren inneber det alle vurderingar, konkrete gjeremål og handlingar som sjukepleiaren har ansvar for og som har til hensikt å leggja til rette for oppdaging, læring, vekst, utvikling og meistring hjå pasientane (Tveiten, 2008, s. 30). Min eigen erfaring når det gjeld korleis ein som sjukepleiar på best mogleg måte skal kunna gi forståeleg informasjon til pasientane, er at ein lyt prøve å gi informasjon utan for mykje medisinske framandord og gjerne i «små dosar». Mykje informasjon på ein gong har ein tendens til å overvelda pasientane og gjere at pasientane vert usikre og redde. Dette er noko som og kjem fram i dei nasjonale retningslinjene *Beslutningsprosesser ved begrensning av livsforlengende behandling* som viktig. I retningslinjene står det at «God informasjon og kommunikasjon med pasient/pårørende er viktig for å forebygge usikkerhet og uenighet» (Helsedirektoratet, 2013, s. 17). På sett og vis kjem det og fram i

pasient- og brukarrettslova (1999) som viktig at pasienten får ærleg informasjon, men framstilt på ein heller annan måte. I pasient- og brukarrettslova (1999, § 3-2) står det at pasienten skal ha den informasjonen som er naudsynt for å få innsikt i sin helsetilstand og innhaldet i helsehjelpa. Pasienten skal og informerast om moglege risikoar og biverknader (Pasient- og brukarrettighetsloven, 1999). Det at informasjon som vert gjeven er ærleg og at informasjonen er vorte forstått av pasienten, er og noko som kjem fram i sjukepleiarane sine yrkesetiske retningslinjer som viktig. I retningslinjene står det: «Sykepleieren fremmer pasientens mulighet til å ta selvstendige avgjørelser ved å gi tilstrekkelig, tilpasset informasjon og forsikre seg om at informasjonen er forstått» (Norsk sykepleierforbund, 2011, s. 8).

Noko som kom fram i artikkelen til Parker m.fl. (2007) som viktig for pasientane når det gjaldt informasjonsgivinga. Var at pasientane ynskte at den personen som skulle gi informasjon omkring sjukdommen og den palliative pleia deira, skulle vera ein som pasientane stolte på og hadde eit godt forhold til. Pasientane føretrekk at den personen som gav informasjon kring sjukdom og den palliativ pleia synte empati, omsorg, medfølelse og ærlegdom, så lenge ærlegdomen vart balansert med følsemd og håp (Parker, m.fl., 2007, s. 90). Dette er og noko som kjem fram i Martinsen sin omsorgsteori som viktig. Ho skriv at omsorg er eit relasjonelt begrep som omfattar eit nært, ope forhold mellom to menneskje (Martinsen, referert i Kirkevold, 1992, s.136). Ut i frå mi eiga erfaring når det gjeld det at den som gir informasjon til pasienten kring sjukdommen og den palliative pleia til pasienten er nokon som pasienten har eit godt forhold til. Vil eg seia at det i nokre tilfelle kan vera viktig at informanten er ein som pasienten har eit godt forhold til og stoler på. Om det er noko pasienten ikkje forstår eller tykkjer er uklårt kring informasjonen, kan det verta enklare for pasienten å spørje etter ei forklaring på det han lurar på, dersom det er nokon han kjenner som informera.

4.3 God symptomlindring

Det at pasienten fyrst og fremst får god symptomlindring, var noko som tydeleg vart lagt vekt på av informantane i Vedel m.fl. (2014) sin artikkel. Både pasientane sjølv, familien til pasientane og sjukepleiarane såg på god symptomlindring som ein viktig del av den palliative pleia (Vedel, m.fl., 2014, s.1132). Dette er og noko som vert trekt fram som ein viktig del av å gi god palliativ omsorg i artikkelen til Gjerberg& Bjørndal (2007). Setninga «De pasientene som har en god død, det er de som har det fredelig og slipper å slite med plagsomme symptomer, enten det er smerter, pustebesvær, kvalme eller hva det måtte være» er eit direkte sitat frå ein informant i Gjerberg& Bjørndal (2007) sin artikkel (Gjerberg& Bjørndal, 2007, ss.174-180). Min eigen erfaring har synt meg, om ein pasient er godt symptomlindra, vert heile væremåten til pasienten rolegare. Ein kan sjå på både kroppspråket og andletsuttrykk til pasienten at han har det godt, på tross av den vanskelege situasjonen som

pasienten er i når han mottok palliativ omsorg. I sjukepleiarane sine yrkesetiske retningslinjer står det at «Sykepleieren har ansvar for å lindre lidelse, og bidrar til en naturleg og verdig død» (Norsk sykepleierforbund, 2011, s. 9). Etter å ha teke meg den friheita å tolke dette punktet i retningslinjene, vil eg seia at god symptomlindring kjem inn under denne setninga, og er ein viktig del av det å yte god sjukepleie. I tillegg kjem det fram i både Helsedirektoratet (2015, s. 12) og Norsk forening for palliativ medisin (2004, ss. 12-15) sine retningslinjer at ein av dei 7 viktige prinsippa for alt helsepersonell som skal utføre grunnleggjande palliasjon er å ivareta symptomlindringa til pasienten. Også i fylje definisjonen på palliasjon til både WHO og EAPC er ein av dei tiltaka som står sentralt, lindring av pasienten sine fysiske smerter og andre plagsame symptom (Norsk forening for palliativ medisin, 2004, s. 8). Dette er og noko som Nortvedt (2012) dreg fram når han snakkar om god sjukepleie til alvorleg sjuke og døyande pasientar. Han skriv at lindrande behandling og omsorg jobbar mot symptomlindring og betring av livskvalitet, eventuelt ein fredfull død. Vidare skriv han og at omsorg og omtanke vert uttrykt i blikk og handelag, og ved at sjukepleiaren formidlar ei forståing for korleis det dagleg er å leve med smerte og ubehag (Nortvedt, 2012, s. 196). Eg vil og tore å påstå at både helsepersonellova (1999), pasient- og brukarrettslova (1999) og helse- og omsorgstenestelova (2011) på kvar sin måte uttrykkjer kor viktig det er med god symptomlindring. I helsepersonellova (1999, §4) står det at helsepersonell skal utføre sitt arbeid i samsvar med dei krav til fagleg forsvarlegheit og omsorgsfull hjelp som kan forventast ut frå helsepersonellet sin kvalifikasjon, arbeidet sin karakter og situasjonen for øvrig (Helsepersonelloven, 1999). I pasient- og brukarrettighetslova (1999, §1-1) står det at lova sitt formål er å bidra til å sikre befolkinga lik tilgang på tenester av god kvalitet ved å gi pasientar og brukarar rettigheter ovanfor helse- og omsorgstenesta (Pasient- og brukarrettighetsloven, 1999). I helse- og omsorgstenestelova (2011, §1-1) står det at lova sitt formål er særleg å førebyggje, behandle og leggje til rette for meistring av sjukdom, skade, liding og nedsett funksjonsevne (Helse- og omsorgstjenesteloven, 2011).

Viktigheita med at alle pasientar skal få god symptomlindring når dei går mot slutten av livet og treng det, står det noko om i *Samhandlingsreforma*. I reforma står det blant anna at kommunale palliative einingar skal ha kompetanse til å driva med meir avansert lindrande behandling og pleie enn i ein vanleg sjukeheimsavdeling. Samt at dei skal ha eit samarbeid med sjukehus og regionale kompetansesenter innan palliativ pleie (Sosial- og helsedepartementet, 2009, s. 61). Dette er og noko som WHO tek opp som eit viktig område, dei meiner at palliativ pleie er noko som lyt verta meir tilgjengeleg for alle som treng det, og då særleg dei eldre. Vidare skriv WHO at symptomlindring lyt verta tilbydd basert på bakgrunn av kva pasienten treng i staden for på bakgrunn av diagnose og prognose (Hall, m.fl., 2011, s. 1). Erfaringa mi seier meg at det å utøve god symptomlindring når pasientane treng det, er noko som me lyt verta betre på. Det er ikkje alltid me klarar å gi naudsyn

symptomlindring tidsnok til alle pasientane våre. Ein av grunnane til at me gjerne ikkje klara å utøve god symptomlindring tidsnok, kan vera tilgongen som avdelinga har på legar og kor kjapt legane kan vera på plass for å kunne tilordne medikament.

5.0 Konklusjon

Då det vert ei auke i talet eldre i åra som kjem, er det å kunna utøva palliativ omsorg til eldre pasientar noko som kjem til å krevja kunnskap og kompetanse blant sjukepleiarane. I funna mine frå forskingsartiklane, relevant litteratur og mi eiga erfaring kjem det fram nokre viktige faktorar innan den palliative omsorga. Dette er faktorar som god relasjon mellom pasient og sjukepleiar, tilpassing av informasjon kring sjukdom og behandling samt god symptomlindring.

Når det gjeld å skapa god relasjon mellom pasient og sjukepleiar kjem det fram nokre viktige faktorar ein som sjukepleiar gjerne kan leggja litt meir vekt på for å skapa ein god relasjon mellom seg og pasientane. Desse faktorane er god kommunikasjon, kor tilgjengeleg sjukepleiarane er for pasientane samt at sjukepleiarane syner verdigheit og respekt for pasientane.

Tilpassing av informasjonen me gir til pasientane kring sjukdom og behandling er ein viktig del av jobben vår som sjukepleiar. I drøftinga kjem det fram at noko som er viktig for oss å tenkja på når det gjeld det å gi informasjon til pasientar, er at informasjonen skal vera ærleg og enkel å forstå for pasientane. Det kjem og fram at pasientane ynskjer at den som skal gi informasjonen til pasienten skal vera ein som pasienten stolar på og har eit godt forhold til. Eg vil då seia at dette igjen heng saman med det å skapa god relasjon mellom sjukepleiar og pasient.

God symptomlindring kjem fram i drøftinga som ein veldig viktig del av det å utøve palliativ omsorg til eldre. Dette er noko som både forskinga, relevant litteratur og mine eigne erfaringar kjem fram til. Det kjem og fram at det er viktig at pasienten får symptomlindring når han treng det, og ikkje at det skal verta avgjort på bakgrunn av diagnosen og prognosen til pasienten. God symptomlindring er eit område der det er rom for forbetring, samt at ein gjerne treng auka kunnskap kring det. Då god symptomlindring innan den palliative omsorga er noko som vert lagt stor vekt på både internasjonalt og nasjonalt, tenkjer eg at dette er noko som ein treng meir forskning kring.

Bibliografi

- Dalland, O. (2015). *Metode og oppgaveskriving*. Oslo: Gyldendal akademisk.
- Eide&Eide. (2011). *kommunikasjon i relasjoner- samhandling, konfliktløsning, etikk*. Oslo: Gyldendal akademisk.
- Gjerberg, E., & Bjørndal, A. (2007). Hva er en god død i sykehjem? *Sykepleien Forskning*, 2(3), ss. 174-180. doi:10.4220/sykepleienf.2007.0057
- Hall, S., Petkova, H., Tsouros, A. D., Costantini, M., & Higginson, I. J. (2011). *Palliative care for older people: better practices*. Copenhagen: World Health Organization: Regional Office for Europe. Henta April 27, 2016 frå: http://www.euro.who.int/__data/assets/pdf_file/0017/143153/e95052.pdf?ua=1
- Helsedirektoratet. (2013). *Beslutningsprosesser ved begrensning av livsforlengende behandling*. Henta Mai 2, 2016 frå helsedirektoratet.no: <https://helsedirektoratet.no/Lists/Publikasjoner/Attachments/67/IS-2091-Beslutningsprosesser-ved-begrensning-av-livsforlengende-behandling.pdf>
- Helsedirektoratet. (2015). *Nasjonalt handlingsprogram for palliasjon i kreftomsorgen*. Henta Mai 2, 2016 frå helsedirektoratet.no: <https://helsedirektoratet.no/Lists/Publikasjoner/Attachments/918/Nasjonalt%20handlingsprogram%20for%20palliasjon%20i%20kreftomsorgen-IS-2285.pdf>
- Helsedirektoratet. (2015). *Rapport om tilbudet til personer med behov for lindrende behandling og omsorg mot livets slutt – å skape liv til dagene*. Henta Mai 2, 2016 frå helsedirektoratet.no: https://helsedirektoratet.no/Lists/Publikasjoner/Attachments/892/Rapport_lindrende%20behandling%20og%20omsorg%20ved%20livets%20slutt_IS-2278.pdf
- Helse- og omsorgstjenesteloven. *Lov 24. juni 2011 nr.30 om kommunale helse- og omsorgstjenester m.m.* Henta Mai 15, 2016 frå lovdata.no: <https://lovdata.no/dokument/NL/lov/2011-06-24-30?q=helse- og omsorgstjenesteloven>
- Helsepersonelloven. *Lov 2. juli 1999 nr.64 om helsepersonell m.v.* Henta Mai 15, 2016 frå lovdata.no: <https://lovdata.no/dokument/NL/lov/1999-07-02-64?q=helsepersonelloven>
- Henny Olsson, S. S. (2013). *Forskningsprosessen- kvalitative og kvantitative perspektiver*. Oslo: Gyldendal akademisk.
- Kaasa, S. (2007). *Palliasjon- nordisk lærebok*. Oslo: Gyldendal akademisk.
- Kirkevold, M. (1992). *Sykepleieteorier- analyse og evaluering*. Oslo: Ad Notam Gyldendal.
- Kvalitetsforskrift for pleie- og omsorgstjenestene. *Forskrift 27. juni 2003 nr. 792 om kvalitet i pleie- og omsorgstjenestene for tjenesteyting, helsetjenesten i kommunene og sosiale tjenester m.v.* Henta Mai 13, 2016 frå lovdata.no: <https://lovdata.no/dokument/SF/forskrift/2003-06-27-792>

- Mathisen, J. (2014). Sykepleie ved livets avslutning. I N. J. Kristoffersen, F. Nortvedt, & E.-A. Skaug (Red.), *Grunnleggende sykepleie Bind 3* (ss. 295- 335). Oslo: Gyldendal akademisk.
- Norsk forening for palliativ medisin. (2004). *Standar for palliasjon*. Henta Mai 2, 2016 frå <http://legeforeningen.no/PageFiles/26901/standardforpalliasjon.pdf>
- Norsk sykepleierforbund. (2011). *Yrkesetiske retningslinjer for sykepleiere*. Henta Mai 4, 2016 frå https://www.nsf.no/Content/785285/NSF-263428-v1-YER-hefte_pdf.pdf
- Nortvedt, P. (2012). *Omtanke- en innføring i sykepleiens etikk*. Oslo: Gyldendal akademisk.
- Parker, S. M., Clayton, J. M., Hancock, K., Walder, S., Butow, P. N., Carrick, S., Currow, D., Ghersi, D., Glare, P., Hagerty, R., Tattersall, M. H. (2007). A Systematic Review of Prognostic/End-of-Life Communication with Adults in the Advanced Stages of a Life-Limiting Illness: Patient/Caregiver Preferences for the Content, Style, and Timing of Information. *Journal of Pain and Symptom Management*, 34(1), ss. 81-93. doi:10.1016/j.jpainsymman.2006.09.035
- Pasient- og brukerrettighetsloven. *Lov 2. juli 1999 nr.63 om pasient- og brukerrettigheter*. Henta Mai 15, 2016 frå lovdata.no: [https://lovdata.no/dokument/NL/lov/1999-07-02-63?q=pasient- og brukerrettighetsloven](https://lovdata.no/dokument/NL/lov/1999-07-02-63?q=pasient-og-brukerrettighetsloven)
- Percival, J., & Johnson, M. (2013). End of life care in nursing and care homes. *Nursing Times*, 109, ss. 20-22. Henta Mai 13, 2016 frå: <http://search.proquest.com/docview/1286922776/fulltextPDF/8B29FA0F891246EEPQ/1?accountid=43225>
- Røkenes, O., & Hanssen, P.-H. (2015). *Bære eller briste- kommunikasjon og relasjon i arbeid med mennesker*. Bergen: Fagbokforlaget.
- Sandsdalen, T., Hov, R., Høye, S., Rystedt, I., & Wilde-Larsson, B. (2015). Patients' preferences in palliative care: A systematic mixed studies review. *Palliative Medicine*, 29(5), ss. 399-419. doi:10.1177/0269216314557882
- Sosial- og helsedepartementet. (2009). *Samhandlingsreformen: Rett behandling – på rett sted – til rett tid*. (St.meld. nr. 47 2008-2009). Oslo: Departementenes servicesenter.
- Statistisk sentralbyrå. (2012). *Tabell: 03297: Dødsfall, etter dødssted (avslutta serie)*. Henta April 27, 2016 frå ssb.no: <https://www.ssb.no/statistikkbanken/selectvarval/saveselections.asp>
- Statistisk sentralbyrå. (2015). *Dette er Norge 2015- Hva tallene forteller*. Henta April 27, 2016 frå ssb.no: http://www.ssb.no/befolkning/artikler-og-publikasjoner/_attachment/234757?_ts=1516c743d8
- Tveiten, S. (2008). *Pedagogikk i sykepleiepraksis*. Bergen: Fagbokforlaget.
- Vedel, I., Ghadi, V., Lapointe, L., Routelous, C., Aegerter, P., & Guirimand, F. (2014). Patients', family caregivers', and professionals' perspectives on quality of palliative care: A qualitative study. *Palliative Medicine*, 28(9), ss. 1128-1138. doi:10.1177/0269216314532154